



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

¿DEBERÍAMOS SER MÁS SELECTIVOS CON LA DSE RECTAL? ANÁLISIS DEL REGISTRO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL CR-ESD

Aitor Lanas Gimeno¹, José Carlos Marín¹, Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón¹, Alberto Herreros de Tejada¹, Felipe Ramos-Zabala², Álvaro Terán-Lantarón³, Eduardo Albéniz-Arbizu⁴, Hugo Uchima-Koecklin⁵, Enrique Rodríguez de Santiago⁶, Gloria Fernández-Esparrach⁷, Pedro de María Pallarés⁸, José Santiago¹, Diego de Frutos¹, José Díaz Tasende¹ y Grupo interés en DSE⁹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. ³Hospital HM Montepíñlope, Boadilla del Monte. ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ⁵Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ⁶Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁷Hospital Universitario Ramón y Cajal. ⁸Hospital Clínic, Barcelona. ⁹Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Evaluar los beneficios potenciales de la disección endoscópica submucosa (DES) en lesiones rectales mediante el análisis de la histología final de las piezas resecadas dentro de un amplio registro prospectivo.

Métodos: Se incluyeron a pacientes consecutivos en un registro prospectivo multicéntrico español de DSE entre enero de 2016 y septiembre de 2024. Solo se incluyeron casos de recto. Según los resultados histológicos finales de las piezas resecadas, se calculó el número necesario a tratar (NNT) con DSE para evitar una cirugía, asumiendo que la resección mucosa endoscópica (RME) no cura casos con invasión submucosa y considerando una tasa del 100% de resección completa sin complicaciones para ambos métodos.

Resultados: La base de datos española de DSE incluye 3.073 registros de DSE en todas las localizaciones. Se reclutaron un total de 686 neoplasias rectales referidas para DSE, todas realizadas por miembros del grupo de interés en DSE dentro del Grupo de Trabajo de Resección Endoscópica GSEED. La tasa global de resección en bloque fue del 88,1%, logrando resección R0 en el 73% de los casos. La tasa de conversión a RME híbrida o fragmentada fue del 11%, mientras que el 3% de los procedimientos se abortaron debido a dificultades técnicas. Por lo tanto, solo el 64,8% de los casos inicialmente referidos para DSE se completaron como tal y cumplieron criterios curativos. Además, casi el 4% de las lesiones referidas para DSE tenían menos de 20 mm y podrían haberse resecado en bloque mediante RME. De los casos totales, 102 (14,8%) presentaron invasión submucosa; de estos, 38 (5,5%) tenían invasión superficial, mientras que los casos restantes presentaban invasión profunda. Entre aquellos con invasión superficial, 9 casos (23%) mostraron algún factor de riesgo adicional para invasión linfática que invalidaba el criterio de curabilidad endoscópica. Según los resultados histológicos finales, la DSE podría lograr una resección curativa en el 89,3% de los casos, mientras que la RME podría curar el 85,1% de los casos totales. Por lo tanto, el mejor NNT potencial para la DSE en este registro sería aproximadamente 24 casos (IC95%: 13,04-114,31). Las lesiones de tipo mixto con nódulos > 20 mm y las lesiones de extensión lateral no granulares (LST) mostraron un beneficio potencial notable, con NNT de aproximadamente 20 (IC95%: 12,66-41,67) y 7 (IC95%: 5,38-11,63), respectivamente. De manera similar, los patrones Kudo VI y JNET2B demostraron NNTs de 8 (IC95%: 5,18-23,26) y 16 (IC95%: 7,58-31,25), respectivamente. Sin embargo, el análisis incluyó más del 10% de casos

correspondientes a LST granulares homogéneos, para los cuales el NNT para evitar cirugía sería aproximadamente 91 procedimientos (IC95%: 40-200).

Conclusiones: Los resultados del registro sugieren que las lesiones que más probablemente se benefician de la DSE en recto deben seleccionarse cuidadosamente en función de su morfología mixta/no granular o patrón de superficie Kudo Vi o JNET2B.